

# Une étude exploratoire de l'adaptation de personnes souffrant de schizophrénie

## An exploratory study of adaptation of people with schizophrenia

## Un estudio exploratorio de la adaptación de personas que sufren de esquizofrenia

## Estudo exploratório da adaptação de pessoas que sofrem de esquizofrenia

Yves Lecomte, Emmanuel Stip, Jean Caron et Suzane Renaud

Volume 32, numéro 1, printemps 2007

La psychothérapie focalisée sur le transfert : Québec-New York (1) et Windigo I (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/016513ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/016513ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lecomte, Y., Stip, E., Caron, J. & Renaud, S. (2007). Une étude exploratoire de l'adaptation de personnes souffrant de schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 137–158. <https://doi.org/10.7202/016513ar>

Résumé de l'article

Cette étude exploratoire examine les relations entre les variables socio-démographiques, sociales, psychologiques, cognitives, les stressors, les stratégies de coping et l'adaptation des personnes souffrant de schizophrénie. Le design de la recherche est corrélational avec deux mesures (cross-sectional) répétées auprès de 153 sujets à six mois d'intervalle. Les variables du modèle expliquent 49,3 % de l'adaptation au temps 1, et 54,6 % de l'adaptation au temps 2. Les données montrent que cinq prédictors sont simultanément significatifs aux deux temps : le travail, l'intégration sociale, la mémoire à long terme, les symptômes positifs et négatifs. Au temps 2, les variables d'estime de soi et « changer la situation » sont aussi significatives.



## Une étude exploratoire de l'adaptation de personnes souffrant de schizophrénie

---

Yves Lecomte\*

Emmanuel Stip\*\*

Jean Caron\*\*\*

Suzane Renaud\*\*\*\*

Cette étude exploratoire examine les relations entre les variables socio-démographiques, sociales, psychologiques, cognitives, les stressors, les stratégies de coping et l'adaptation des personnes souffrant de schizophrénie. Le design de la recherche est corrélational avec deux mesures (cross-sectional) répétées auprès de 153 sujets à six mois d'intervalle. Les variables du modèle expliquent 49,3 % de l'adaptation au temps 1, et 54,6 % de l'adaptation au temps 2. Les données montrent que cinq prédictors sont simultanément significatifs aux deux temps : le travail, l'intégration sociale, la mémoire à long terme, les symptômes positifs et négatifs. Au temps 2, les variables d'estime de soi et « changer la situation » sont aussi significatives.

**D**epuis la mise en pratique des politiques de désinstitutionnalisation au cours des années 60, l'adaptation sociale des personnes souffrant de schizophrénie a été une préoccupation constante pour les chercheurs et les intervenants en vue de mieux comprendre leurs difficultés dans ce domaine. Leur devenir ne demeure-t-il pas encore le plus négatif de tous les troubles psychiatriques ? (McGlashan, 1988). Comment expliquer ces difficultés ? Les études ont suivi deux orientations. La première a privilégié les études corrélationnelles entre diverses variables psychiatriques, sociales et socio-psychologiques et l'adaptation, surtout mesurée par les réhospitalisations (Avison et Speechley, 1987 ; McGlashan, 1988 ; Angermeyer et al., 1990 ; Ram et al., 1992). Mais ces études ont été très critiquées car elles souffrent de sévères lacunes

---

\* Ph.D., professeur à la télé-université.

\*\* Médecin psychiatre, professeur à la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

\*\*\* Ph.D., directeur de l'Équipe des IRSC en épidémiologie sociale et psychiatrique, professeur agrégé au département de psychiatrie, Université McGill.

\*\*\*\* Médecin psychiatre, professeur à la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

méthodologiques de même qu'elles manquent d'une « perspective théorique qui pourrait stimuler la recherche sur le processus de l'adaptation dans la communauté » (Avison et Speechley, 1987, 17). La deuxième orientation a élaboré des modèles qui intègrent sous des construits intégrateurs les variables susceptibles de prédire l'adaptation. Comme mesure de l'adaptation, cette orientation a davantage utilisé des mesures de fonctionnement social (Tessler et Manderscheid, 1982; Tessler et Goldman, 1982; Tessler et al., 1984; Grusky et al., 1985; Falloon, 1986; Denoff et Pilkonis, 1987; Kearns et al., 1987; Nuechterlein, 1987; Steinmeyer et al., 1989; Nuechterlein et al., 1994; Leclerc et al., 1997; Brekke et al., 2005; Yanos et Moos, 2007). Toutefois, peu de modèles ont été l'objet d'une expérimentation empirique, et il n'y a actuellement aucun consensus sur ceux qui seraient les plus efficaces à prédire l'adaptation. En conséquence, l'exploration de nouveaux sentiers de recherche demeure essentiel pour améliorer notre connaissance dans ce domaine.

Dans cette optique, nous (Lecomte et Mercier, 2005) avons identifié dans une première recherche faite auprès de 101 personnes souffrant de schizophrénie, des prédicteurs de l'adaptation. Nous les avons regroupés sous différents ensembles de variables (socio-démographiques et cliniques, sociales, psychologiques, les stressseurs et les stratégies de coping). Nous avons alors utilisé un design corrélationnel avec une seule mesure (cross-sectional). Poursuivant dans la même veine, la présente recherche évalue cette fois la stabilité de prédicteurs potentiels de l'adaptation auprès de 151 personnes souffrant de schizophrénie. Les variables sont aussi regroupées sous les mêmes ensembles énumérés précédemment. Toutefois, nous avons changé certains prédicteurs qui ne se sont pas révélés suffisamment puissants lors de la première recherche pour d'autres plus prometteurs, et avons ajouté des variables cognitives vu leur relation potentiel reconnue avec l'adaptation.

### **Les prédicteurs potentiels de l'adaptation sociale**

La figure 1 présente les variables potentiellement reliées à l'adaptation sociale des personnes souffrant de schizophrénie, afin d'évaluer leur puissance prédictive. Les variables socio-démographiques et cliniques sont les neuroleptiques atypiques, le travail et l'âge, trois variables mentionnées par les études cliniques comme importantes pour expliquer l'adaptation (Bond et al., 1998; Corrigan et al., 2003). Les variables sociales concernent le soutien social (Randolph, 1998); les variables cognitives regroupent des variables neurocognitives (Green et al., 2000; Wilder-Willis et al., 2002; Wykes et al., 2003), alors que les

variables psychologiques comprennent l'estime de soi et la dépression (Addington et al., 1992 ; Brekke et al., 2001 ; Roe, 2003 ; Bowie et al., 2006).

À ces variables nous avons ajouté les stressseurs composés des événements de vie et des tracas quotidiens. Ces deux catégories de stressseurs sont considérées comme ayant un impact sur l'adaptation (Malla et al., 1990 ; Hirsch et al., 1996 ; Lecomte et Mercier, 2005). Nous y ajoutons une troisième catégorie de stressseurs spécifiques aux personnes souffrant de schizophrénie, les symptômes positifs et négatifs<sup>1</sup>. Ces symptômes ont été l'objet de diverses études qui démontrent leur impact négatif sur l'adaptation (Dickerson et al., 1999 ; Ho et al., 1998 ; Lecomte et Mercier, 2005). Enfin, le coping est composé de l'évaluation du stressseur et des stratégies de coping (Lazarus et Folkman, 1984). Le coping est de plus en plus reconnu comme influençant l'adaptation des personnes souffrant de schizophrénie (Ritsner et al., 2006 ; Dangelmaier et al., 2006 ; Sawicka, 2005 ; Lysaker et al., 2006 ; Lecomte et Mercier, 2005).

D'autre part, en accord avec les suggestions de Lazarus et Folkman (1984) et de Beattie et Stevenson (1984), l'adaptation est définie comme l'ajustement entre deux aspects : la présence des habiletés nécessaires au fonctionnement social et la performance dans les rôles sociaux.

## **Méthodologie**

La méthode de la recherche a adopté un design transversal avec deux mesures répétées sur les mêmes sujets à six mois d'intervalle.

### ***Critères d'inclusion et procédure***

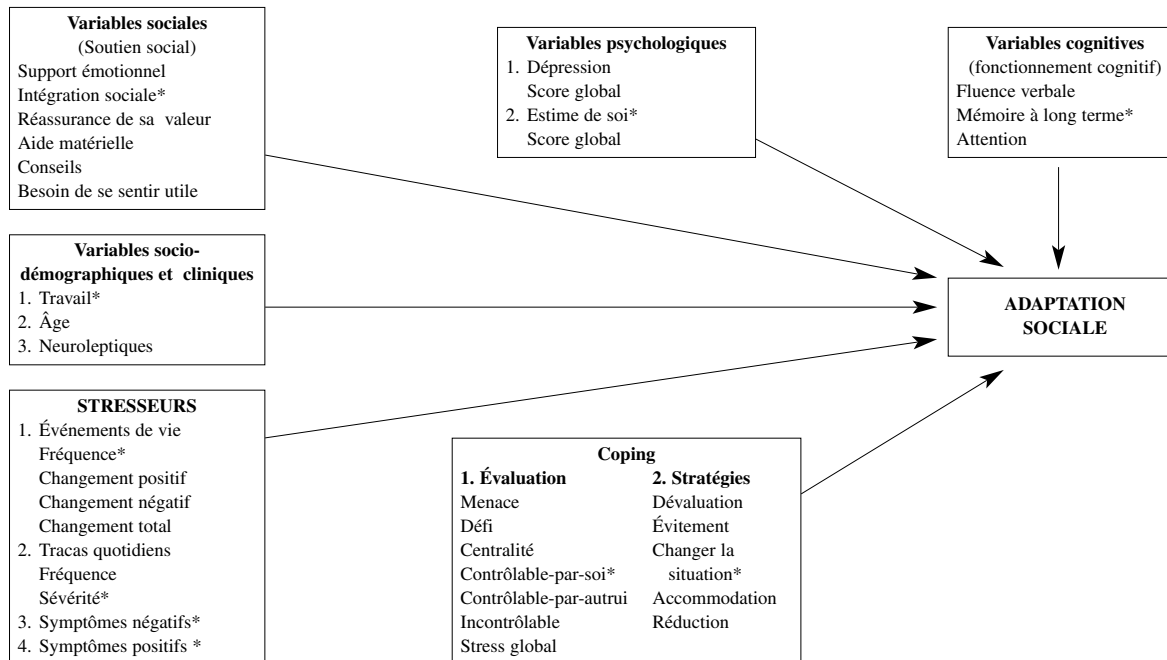
Les critères d'inclusion sont les suivants : avoir un diagnostic de schizophrénie ; être âgé entre 18 et 65 ans ; pouvoir s'exprimer en français ; ne pas souffrir d'une déficience intellectuelle ou d'une maladie organique, et ne pas être intoxiqué lors des entrevues. Un dernier critère est de ne pas avoir été hospitalisé durant le mois précédent le début des entrevues.

Le diagnostic a été vérifié à l'aide du SCID-II par un évaluateur externe formé à cet effet.

### ***Les instruments***

*Variable dépendante.* L'adaptation sociale est un score composite constitué par le score global de l'échelle Independent Living Skills (ILS) (Wallace et al., 1985), et le score de l'adaptation générale du

**Figure 1**  
**Prédicteurs potentiels de l'adaptation sociale**  
**chez des personnes souffrant de schizophrénie**



\* Variables sélectionnées pour le modèle de régression

Social Adjustment Scale SAS-II (Schooler et al., 1979) (somme des scores z des deux échelles). Ces deux échelles ont été validées auprès de différents échantillons francophones de psychotiques avec des résultats satisfaisants pour la consistance interne et la fidélité test-retest (Toupin et al., 1995).

*Stresseurs.* Les *événements de vie* sont mesurés par le Life Experience Survey (LES) de Sarason et al. (1978). Il y a quatre scores : la fréquence, le changement positif et négatif, et le changement global. Cette échelle a été validée auprès d'un échantillon d'étudiants francophones, dont les résultats confirmaient ceux de l'étude initiale (De Man et al., 1987). Les *tracas quotidiens* sont mesurés par le Hassles Scale de Kanner et al., (1981) qui permet deux scores : fréquence et gravité. La traduction française a été utilisée dans une étude auprès des personnes souffrant de schizophrénie avec des résultats psychométriques satisfaisants (Lecomte et Mercier, 2000). La *symptomatologie* a été mesurée par le Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) de Kay et al., 1987. Cet instrument mesure la gravité des symptômes positifs, négatifs, leur effet combiné et la psychopathologie générale. La version française a les mêmes propriétés psychométriques que la version anglaise (Lançon et al., 1997).

*Coping.* L'évaluation du stress est mesurée par le Stress Appraisal Measure (SAM) de Peacock et Wong (1990) qui comprend un score global et six sous-échelles regroupées en deux dimensions : évaluation primaire (menace, défi et centralité) et secondaire (contrôlable par soi, contrôlable par les autres et incontrôlabilité). La traduction a été validée auprès d'un échantillon francophone d'étudiants avec des résultats satisfaisants (Pelchat et al., 1995). Les stratégies de coping sont mesurées par le Cybernetic Coping Scale (CCS) (version abrégée) de Edwards et Baglioni (1993) qui comprend cinq échelles : changer la situation, dévaluation, accommodation, réduction des symptômes et évitement. Il n'y a pas de score global. Pour compléter ces deux questionnaires, le participant devait choisir une situation stressante, et il répondait ensuite aux deux questionnaires en fonction de cette situation. La traduction de la version abrégée de 20 items (Leclerc et Lecomte, 1996) a été utilisée dans une seule étude auprès des personnes souffrant de schizophrénie avec des résultats psychométriques satisfaisants (Lecomte et Mercier, 2002).

*Variables sociales.* Le soutien social a été mesuré par le Social Provisions Scale (Cutrona et Russell, 1989). Cette échelle est fondée sur six provisions : le support émotionnel, l'intégration sociale<sup>2</sup>, la réassurance de sa valeur, l'aide matérielle, les conseils et les informations et le

besoin de se sentir utile. Elle a été traduite et validée par Caron (1996) avec des résultats satisfaisants.

*Variables psychologiques.* La dépression est mesurée par le Calgary Depression Scale (Addington et al., 1992). Les propriétés psychométriques sont satisfaisantes et confirmées pour la traduction française (Reine et al., 2000). L'estime de soi est mesurée par l'échelle de Rosenberg (1965). La traduction française a obtenu des résultats psychométriques très satisfaisants (Vallières et Vallerand (1990).

*Variables cognitives.* La batterie neuropsychologique consiste en une série de tests standardisés qui ont été utilisés dans une étude canadienne sur la cognition chez des personnes souffrant de schizophrénie (Purdon et al., 2000). Dans cette étude, la fluence verbale a été mesurée par le Controlled Oral Word Association Test (Weschler, 1982) (phonologique et sémantique); la mémoire à long terme a été mesurée par le Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT) (Rey, 1964), et les variables dépendantes étaient le nombre total de mots appris après cinq essais et après un délai; l'attention a été mesurée par le Trail making test A and B (Reitan, 1992) et la révocation de lettres et de symboles (Weintraub and Mesulam, 1988). Une assistante neurologue formée à cet effet a administré ces tests.

### ***Les participants***

Les participants ont été recrutés dans une clinique externe de psychiatrie du Centre-ville de Montréal, et dans deux ressources communautaires d'hébergement et de réinsertion au travail. La majorité (93 %) des 153 participants sont d'origine québécoise d'expression française. Les hommes sont représentés en plus grand nombre (74 %) que les femmes. L'âge des participants varie de 21 à 64 ans avec une moyenne de 41 ans. La scolarité moyenne de l'échantillon est de 11 années. La majorité (83 %) des participants sont célibataires, les autres se répartissant entre le statut de veuf/séparé (12 %), marié ou en union libre (5 %). La majorité (80 %) n'a aucune occupation rémunérée, et seulement 7 % des participants ont un revenu annuel supérieur à 12 000\$ can.

Le diagnostic le plus fréquent est celui de schizophrénie paranoïde (59 %), suivi de schizo-affectif (20 %) et autres (21 %). Le diagnostic psychiatrique est posé depuis 16 ans en moyenne avec un nombre moyen d'hospitalisations antérieures de 6,6. La longueur moyenne de séjour à l'hôpital s'élève à 16 mois. Seize pour cent des participants ont été hospitalisés durant la dernière année. Cinquante-neuf pour cent des participants rencontrent un intervenant une fois par mois ou moins. Enfin, tous les participants reçoivent des neuroleptiques.

### ***Le choix des variables et les analyses statistiques***

La première étape a été de déterminer les relations univariées avec l'adaptation au temps 1. Dans une deuxième étape, une analyse statistique a été réalisée avec la méthode de régression hiérarchique (Tabachnick et Fidell, 1989) aux temps 1 et 2, incluant seulement les variables qui avaient la relation la plus significative avec l'adaptation au temps 1. Les variables ont été insérées dans le modèle de régression hiérarchique dans l'ordre suivant : 1) variables socio-démographiques et cliniques ; 2) sociales ; 3) psychologiques ; 4) cognitives ; 5) stressseurs et 6) coping.

### ***Résultats***

L'analyse de la relation univariée de chaque échelle avec l'adaptation au temps 1 nous a mené à choisir 10 variables tout en respectant le nombre de sujets par variables. Dans l'ensemble des variables socio-démographiques et cliniques, le travail fut retenu (travail mesuré comme une variable « dummy ») ; les variables neuroleptiques et âge n'ayant pas de relation univariée significative avec l'adaptation. Dans l'ensemble des variables sociales, nous avons retenu l'intégration sociale. Dans l'ensemble des variables psychologiques, l'estime de soi est retenue, la variable dépression n'ayant pas de relation univariée significative avec l'adaptation. Dans l'ensemble des variables cognitives, la mémoire à long terme (le score moyen de mots rappelés correctement) fut retenue. Dans l'ensemble des stressseurs, quatre variables furent retenues : la fréquence des événements de vie, la sévérité des tracasseries quotidiennes, les symptômes positifs et négatifs. Enfin dans l'ensemble coping, l'évaluation de « pouvoir contrôler le stressseur par soi » et la stratégie « changer la situation » ont été retenues.

L'évaluation des postulats n'a révélé aucune transgression, et il n'y a pas présence de multicollinéarité dans l'analyse de régression. Au temps 1, après la sixième étape, avec tous les prédicteurs dans l'équation, les résultats sont les suivants :  $R = .725$  ( $R^2$  ajusté  $= .493$ )  $F(10, 142) = 15.782$ ,  $p = .000$ . Au temps 2, après la sixième étape, avec tous les prédicteurs dans l'équation, les résultats sont les suivants :  $R = .759$  ( $R^2$  ajusté  $= .546$ )  $F(10, 142) = 19.342$ ,  $p = .000$  (cf. tableau 1).

Au temps 1, les résultats de l'analyse des données indiquent que les variables expliquent 49,3 % de la variance de l'adaptation. Les variables socio-démographiques, sociales, psychologiques et cognitives comptent pour 35,8 % de la variance de l'adaptation ( $p = .000$ ), alors que les variables reliées aux stressseurs et au coping comptent pour 13,5 % de la variance de l'adaptation ( $p = .000$ ). Dans ce dernier cas, seulement



Tableau 1  
Corrélations entre les variables et l'adaptation, les beta et les R2 dans l'analyse de régression

Variables	Time 1			Time 2		
	Adaptation r	B (Standardisé)	R2 Augmentation (ajusté)	Adaptation	B (Standardisé)	R2 Augmentation (ajusté)
<b>Socio-démographiques</b>						
1. Travail	.363***	.244***	.125***	.412***	.274***	.164***
<b>Sociale</b>						
2. Intégration sociale	.360***	.175**	.091***	.413***	.230***	.146***
<b>Psychologique</b>						
3. Estime de soi	.232**	-.073	.003	.030	-.137*	.001
<b>Cognitive</b>						
4. Mémoire à long terme	.436***	.276***	.139***	.427***	.222***	.093***
<b>Stresseurs</b>						
5. Sévérité des tracas quotidiens	-.188**	-.128	.124***	-.080	-.059	.120***
6. Fréquence des événements de vie	.135*	.077		.153*	-.001	
7. Smptômes positifs	-.417***	-.224***		-.343***	-.186**	
8. Symptômes négatifs	-.410***	-.244***		-.535***	.298***	
<b>Coping</b>						
9. Contrôlable-par-soi	.271***	.098	.011	.271***	.106	.022*
10. Changer la situation	.199**	.077		.164*	.124*	
			R = 0.725 R2 = .526 Adjusted R2= .493			R = .759 R2 = .576 Adjusted R2 = .546

\*\*\* < .001 \*\* < .01 \* < .05

les stressseurs contribuent significativement au R<sup>2</sup>. Au temps 2, les résultats de l'analyse de régression indiquent que 54,6 % de la variance de l'adaptation est expliquée. Les variables socio-démographiques, sociales, psychologiques et cognitives expliquent 40,4 % de la variance de l'adaptation ( $p = .000$ ), alors que les variables reliées aux stressseurs et au coping ajoutent 14,2 % d'explication additionnelle ( $p = .000$ ). Les variables évaluation et stratégies de coping contribuent significativement au R<sup>2</sup>. Enfin, l'analyse des intervalles de confiance entre les variables du modèle aux deux temps ne révèle aucune différence significative, indiquant que le temps n'exerce aucun effet d'interaction.

Quant à la contribution individuelle des prédicteurs aux deux temps, cinq variables ont un effet direct significatif : le travail (variable socio-démographique), l'intégration sociale (variable sociale), la mémoire à long terme (variable cognitive), et la sévérité des symptômes positifs et négatifs (variables stressseurs). Au temps 2, les variables estime de soi (variable psychologique) et changer la situation (variable de coping) deviennent significatives. Aucun effet d'interaction entre les variables et l'adaptation n'est significatif.

D'autre part, l'analyse de la différence des R<sup>2</sup> entre les temps 1 et 2 ne révèle aucune différence significative ( $p = .545$ ), démontrant que la variance expliquée au temps 2 n'est pas significativement différente de celle du temps 1.

## **Discussion**

La recherche a identifié les prédicteurs de l'adaptation chez les personnes souffrant de schizophrénie, et mesuré leur stabilité sur un intervalle de six mois. Au temps 1, 49,3 % de la variance est expliquée. Comme le prédisaient les études sur l'influence des variables cognitives, la variable cognitive « mémoire à long terme » se révèle le meilleur prédicteur, expliquant 13,9 % de la variance, suivie par le travail (12,5 %), les stressseurs (12,4 %) et les variables sociales (9,1 %). Le coping et les variables psychologiques n'ont pas de puissance prédictive significative. La plupart des prédicteurs ont été identifiés six mois plus tard, ce qui réduit la probabilité d'avoir été choisi au hasard. Au temps 2, 54,6 % de la variance est expliquée. La quantité de variance expliquée par chaque variable est cependant différente du temps 1. Ainsi, la variable socio-démographique travail se révèle le meilleur prédicteur (27,4 %) suivie par la variable de l'intégration sociale (23 %), les stressseurs (12 %) et la variable mémoire à long terme (9,3 %). Le coping a une puissance prédictive de 2,2 %. Comme au temps 1, la variable psychologique n'a pas de contribution significative.

Ces résultats ne supportent pas les postulats de la théorie transactionnelle stipulant que les événements de vie et les tracas quotidiens influencent négativement l'adaptation, et que les variables de coping médiatisent la relation entre les stressseurs et l'adaptation. Ce dernier résultat va dans le sens des résultats de l'étude de Rudnick (2001) qui a trouvé que le coping n'a pas d'effet tampon entre les stressseurs et la qualité de vie.

Mais les résultats confirment à nouveau l'influence des variables du travail, du soutien social et de la mémoire à long terme sur l'adaptation des personnes souffrant de schizophrénie. Ils montrent aussi que les symptômes positifs et négatifs sont des variables qui exercent un effet négatif sur l'adaptation. Ces cinq variables sont simultanément significatives aux deux temps. Cette influence continue dans le temps peut être expliquée par la nature de ces variables. En effet, le travail et l'intégration sociale sont des variables qui requièrent beaucoup de temps et d'apprentissage de la part des participants en vue d'atteindre leur niveau maximal. Une fois ce niveau maximal atteint par les participants, leur niveau est très difficile à modifier, ce qui fait que leur influence sur l'adaptation demeure stable. La même explication s'applique aux variables reliées aux symptômes qui atteignent leur niveau maximal à la suite d'un changement radical dans la condition biologique de la personne ; et tout autant à la mémoire à long terme qui est un long processus requérant du temps et le développement d'habiletés sociales spécifiques.

*Variables socio-démographiques.* Avoir un emploi contribue positivement à la variance de l'adaptation aux deux temps. Ce résultat va dans le sens des recherches antérieures, corrélationnelles et longitudinales, qui ont mis en évidence une relation positive entre les mesures du travail et le fonctionnement social (Strauss and Carpenter, 1977 ; Breier et al., 1991).

Avant d'aborder les explications sur l'influence du travail sur le fonctionnement social, il faut mentionner la possibilité d'un chevauchement conceptuel entre ces deux domaines (Bond et al., 1998). Le travail peut en effet être une variable confondante avec l'adaptation avec pour effet d'augmenter la corrélation avec cette variable, le travail n'étant-il pas souvent considéré comme l'illustration type de l'adaptation (Jolivet, 1995). Toutefois, bien que cette possibilité demeure, la mesure de l'adaptation dans cette recherche minimise en partie cette influence. En effet, l'adaptation est mesurée comme un score composite des deux scores généraux de l'échelle « Independent Living Skills » et de l'adaptation générale du « Social Adjustment Scale SAS-II ». La

première échelle est le score global des sous-échelles suivantes : hygiène personnelle ; apparence et tenue vestimentaire ; habitudes alimentaires et préparation des repas ; entretien ménager, santé ; gestion financière, déplacement ; loisirs et recherche d'emploi. La deuxième échelle est le score d'adaptation général émis par un juge externe après avoir évalué les aspects suivants : le fonctionnement au travail, dans la cohabitation, la sexualité, les relations parentales, les relations avec la famille éloignée, les loisirs et les relations sociales, les relations amoureuses et le bien-être personnel. Comme on peut constater, l'adaptation telle que mesurée est un concept beaucoup plus élargi que celui du travail proprement dit, minimisant dès lors l'effet possible du chevauchement conceptuel entre le travail et l'adaptation.

Comment expliquer la relation entre le travail et l'adaptation ? Une explication possible est que le fait de travailler dépasse la simple exécution d'une tâche. Avoir un emploi implique des relations avec les collègues de travail, les patrons, les clients, etc. et le lieu de travail constitue un lieu d'apprentissage pour les autres relations sociales de la personne, comme les relations avec la famille, les amis, etc. Travailler a pour effet d'augmenter l'insertion sociale. Cette explication stipule qu'une fois intégré dans un milieu de travail, le participant améliore davantage ses habiletés personnelles et relationnelles.

Mais on sait aussi qu'occuper un emploi, peu importe son importance, est considéré comme l'indice ultime du fonctionnement social et de l'intégration dans la communauté (Jolivet, 1995). Cette conception permet une autre explication liée aux réactions de l'entourage. Lorsqu'un participant a réussi à obtenir et à occuper un emploi, si simple soit-il, l'entourage change ses attentes et devient plus tolérant à l'égard des comportements et déficits du participant. L'entourage abaisse ses attentes de fonctionnement social permettant dès lors au participant d'atteindre plus facilement un niveau de fonctionnement social acceptable pour tous.

*Variables sociales.* L'intégration sociale contribue significativement à la variance expliquée de l'adaptation aux deux temps. Le soutien social est considéré comme un facteur de protection des plus importants en santé mentale. Des études spécifiques à la santé mentale démontrent clairement la relation entre la sévérité des désordres émotionnels et la qualité du support social disponible (Biegel et al., 1982 ; Wills et Shimar, 2000). Il n'est donc pas surprenant de constater que cette composante du soutien social soit un prédicteur important de l'adaptation.

Cette dimension du soutien s'accomplit lorsque les partenaires partagent leurs préoccupations par un échange d'idées et d'informations

sur des situations qu'ils ont en commun, ou partagent des objectifs qu'ils poursuivent mutuellement ce qui leur permet de dégager une vision commune de l'expérience et des repaires normatifs. Ce type de soutien s'accomplit également par la réalisation d'activités communes. Plusieurs études démontrent que les personnes marginalisées par une coupure du milieu du travail montrent une meilleure santé mentale lorsqu'elles perçoivent une disponibilité de soutien d'intégration émotionnelle. Deux études (Bolton et Oatley, 1987 ; Ullah et al., 1985) montrent en effet que les chômeurs pouvant bénéficier d'un soutien d'intégration sociale manifestent moins de détresse et ont un meilleur état de santé mentale. Une étude canadienne (Caron et al., 2002) confirme aussi le rôle du soutien social dans le maintien de la santé mentale parmi les personnes en chômage. Plus de 80 % des personnes de la présente étude n'occupaient pas d'emploi. Le chômage, en effet, en plus d'impliquer des pertes économiques, a pour conséquence la disparition de rôles sociaux valorisés ; ce qui déclencherait alors des besoins d'affiliation permettant de trouver une autre forme d'estime personnelle. Dans une étude auprès du même échantillon, Caron et al. (2005) ont clairement identifié que le soutien de valorisation personnelle était un des prédicteurs les plus puissants de leur qualité de vie.

*Variables cognitives.* La mémoire à long terme mesurée par le score moyen de mots rappelés contribue positivement à la variance de l'adaptation aux deux temps. Plus les participants se rappellent de mots, et plus leur adaptation est élevée. Il est reconnu qu'un meilleur fonctionnement peut être atteint en essayant d'améliorer les déficits associés au trouble schizophrénique, principalement les handicaps sévères dans l'apprentissage verbal et la mémoire, les fonctions exécutives et l'attention. À part les études qui ont étudié le traitement des symptômes négatifs et dépressifs résiduels, il y a eu peu de recherches rigoureuses qui ont montré un fonctionnement cognitif amélioré indépendamment du cours de la psychose aiguë. Une étude de Spaulding (1993) auprès de 110 patients sévèrement malades, mais stables durant leur séjour prolongé dans une résidence, n'a indiqué pratiquement aucun changement dans le fonctionnement cognitif de ces patients sur une période de six mois. Une étude plus récente faite par la même équipe (Spaulding et al., 1998) a évalué les changements cognitifs chez des patients chroniques mais stables sur une même période de temps, mais dans un environnement enrichi par la thérapie psychosociale. Cette deuxième étude a démontré une amélioration sur 9 des 12 mesures de fonctionnement cognitif chez des patients souffrant de schizophrénie chronique avec des symptômes résiduels sévères. Les mesures de performance pour la mémoire et les fonctions exécutives ont montré une amélioration,

quoique les mesures du temps de réponse et de l'attention soutenue ne s'amélioreraient pas. Conséquemment, il apparaîtrait que seuls certains aspects du handicap cognitif des patients souffrant de schizophrénie sont sujets à une amélioration durant l'évolution de leur maladie chronique. Ce point mériterait d'être exploré particulièrement sous l'angle de la mémoire, étant donné le poids de cette dimension sur le fonctionnement (Green et al. 1996, 2000). Comme nous ne savons si ces déficits de la mémoire sont stables ou s'ils sont reliés à des fonctions psychosociales spécifiques, une question clé serait de déterminer si les changements dans la neurocognition peuvent se traduire dans un meilleur fonctionnement. Étant donnée l'association entre la neurocognition et le fonctionnement, il va de soi que les changements dans ces deux secteurs devraient être associés. Par exemple, Buchanan et al. (1994) ont trouvé des changements dans la mémoire sur une période d'un an pouvant être corrélés à des changements dans la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie. Spaulding et al. (1999) ont rapporté que des améliorations dans la mémoire étaient associées à l'augmentation de l'acquisition d'habiletés sociales sur une période de thérapie de six mois. Ces études, quoique préliminaires, fournissent un soutien à l'hypothèse que les changements dans les secteurs cognitifs peuvent apporter des changements dans le fonctionnement.

*Variables psychologiques.* Contrairement aux études antérieures (Bond et al., 2001 ; Ritsner et al., 2003 ; Roe, 2003), les résultats n'indiquent pas une relation positive entre l'estime de soi et l'adaptation. Ils soutiennent plutôt les résultats de l'étude de Brekke et al. (2001) qui avait trouvé une relation négative entre l'estime de soi et le fonctionnement social des participants souffrant de schizophrénie, et dont la performance exécutive était intacte. De fait, les participants ayant un niveau élevé d'adaptation peuvent avoir des attentes très élevées envers leur adaptation. Et si cette dernière ne correspond à ces attentes, une baisse de l'estime de soi peut s'en suivre à cause du sentiment des participants de ne pas avoir été capable d'atteindre une telle adaptation ou de ne pas s'être senti à sa hauteur. Une autre possibilité serait qu'en améliorant leur adaptation, les participants en sont venus à être confrontés à leurs propres limites. Cette reconnaissance de ne pouvoir réaliser tout ce qu'ils souhaitaient faire peut avoir entraîné une baisse de leur estime de soi. D'un autre côté, cette reconnaissance peut être celle de ne pouvoir rencontrer les exigences élevées de leur environnement, avec le même effet de baisse d'estime de soi.

*Les stressseurs.* La sévérité des symptômes positifs et symptômes négatifs contribue significativement à la variance de l'adaptation aux

deux temps. Ces deux relations négatives vont dans le sens des études antérieures sur l'adaptation (Hoffman et al., 2000 ; Schuldborg et al., 1999 ; McGurk, 2000 ; Jolivet, 1995). Les résultats des symptômes négatifs peuvent s'expliquer par le fait que la sévérité du manque d'intérêt, d'initiative et d'émotion est le reflet d'un état d'apathie et de passivité et qu'elle ne porte nullement à la performance dans des rôles sociaux. Plus un participant est affecté par ces caractéristiques et plus il risque de manquer de motivation à entreprendre des activités de socialisation ou à y trouver intérêt. Quant aux symptômes positifs, leur présence amène les personnes soit à désinvestir progressivement les activités sociales pour tenter de faire face à leurs symptômes, ou soit leur présence rend les personnes incapables à satisfaire adéquatement les exigences des rôles sociaux en dépit de leur désir de remplir ces rôles.

Enfin, une autre voie explicative est davantage reliée aux réactions de l'entourage des personnes. La sévérité des symptômes négatifs et positifs peut provoquer des réactions négatives de la part de l'entourage du patient et empêcher leur intégration sociale à cause de la stigmatisation dont ils deviennent victimes. Ces réactions négatives de l'entourage peuvent aussi rendre les patients plus conscients de leur état symptomatique, et les amener à se centrer davantage sur cet état au lieu de leur fonctionnement social.

*Coping.* La stratégie de coping «changer la situation» signifie d'amener la situation stressante en accord avec les désirs de la personne. En d'autres mots, plus la situation est en accord avec les désirs de la personne, et plus est grande l'adaptation de la personne. Ce résultat va dans le sens des études antérieures (Andres et al., 2000 ; Boschi et al., 2000). En réussissant à modifier la situation stressante, la personne enlève un obstacle à son adaptation et peut continuer à l'améliorer. La personne peut alors travailler sur ses habiletés au lieu de se centrer sur la situation stressante. Il y a aussi la possibilité d'une rétroaction avec l'adaptation, c'est-à-dire que la personne qui a un niveau plus élevé d'adaptation pourrait être encouragée à se fier de plus en plus à la stratégie de changer la situation à cause des conséquences positives de son utilisation.

## Conclusion

La présente recherche a identifié un certain nombre de variables qui exercent une influence significative sur l'adaptation sociale des personnes souffrant de schizophrénie. Toutefois, il faut garder à l'esprit que certaines variables peuvent être le reflet d'une adaptation élevée comme dans le cas du travail, de l'intégration sociale et de l'estime de

soi. Malgré cette réserve sous le plan causalité, l'étude apporte un certain appui aux modèles d'intervention qui insistent sur la remédiation cognitive des déficits cognitifs, sur le contrôle des symptômes et sur la nécessité d'améliorer les compétences de coping des personnes. Elle apporte aussi un appui aux programmes qui mettent l'accent sur l'intégration au travail des personnes comme assise de leur adaptation sociale. Enfin, l'étude obtient des résultats ambigus sur l'influence de l'estime de soi dans le temps, et questionne l'importance accordée à l'influence des variables événements de vie et tracas quotidiens sur l'adaptation.

## NOTES

1. Comme certaines études le suggèrent (Bak et al., 2001 ; Ritsner et al., 2003 ; Bechdolf et al., 2002).
2. Les quatre items composant cette échelle sont : il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi ; j'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances ; il n'y a personne qui partage mes intérêts et mes préoccupations ; personne n'aime faire les mêmes activités que moi.

## REFERENCES

- ADDINGTON, D., ADDINGTON, J., MATICKA-TYNDALE, E., JOYCE, J., 1992, Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics, *Schizophrenia Research*, 6, 201-208.
- ANDRES, K., PFAMMATTER, M., GARST, F., TESCHNER, C., BRENNER, H. D., 2000, Effects of a coping-orientated group therapy for schizophrenia and schizoaffective patients : a pilot study, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 101, 318-322.
- AVISON, W. R., SPEECHLEY, K., 1987, The Discharged Psychiatric Patient : A Review of Social, Psychological, and Correlates of Outcome, *American Journal of Psychiatry*, 144, 10-18.
- BAK M., VAN DER SPIL, F., GUNTHER, N., RADSTAKE, S., DELESPAUL, P., VAN OS, J., 2001, Maastricht Assessment of Coping Strategies (MACS-I) : a brief instrument of assess coping with psychotic symptoms, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 103, 453-459.
- BEATTIE, M., STEVENSON, J., 1984, Measures of social functioning in psychiatric outcome research, *Evaluation Review*, 1984, 631-644
- BECHDOLF, A., SCHULTZE-LUTTER, F., KLOSTERKOTTER, J., 2002, Self-experienced vulnerability, prodromal symptoms and coping strategies



- preceding schizophrenic and depressive relapses, *European Psychiatry*, 17, 384-393
- BIEGEL, D. E., NAPASTEK, A. J., KHAN, M. M., 1982, Social support and mental health in an ethnic neighbourhood, in Biegel, D. E., Naparstek, S., eds, *Community Support Systems and Mental Health*, Springer, New York.
- BOLTON, W., OATLEY, K., 1987, A longitudinal study of social support and depression in unemployed men, *Psychological Medecine*, 17, 453-460.
- BOND, G. R., DRALE, R. E., BECKER, D. R., 1998, The role of social functioning in vocational rehabilitation, in Mueser, K. T., Tarrier, N., eds. *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia*, Allyn and Bacon, Toronto, p. 372-390.
- BOND, G. R., RESNICK, S. G., DRAKE, R. E., XIE, S., MCHUGO, G. J., BEBOUT, R. R., 2001, Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness ?, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 489-501.
- BOSCHI, S., ADAMS, R. E., BROMET, E. J., LAVELLE, J. E., EVERETT, E., GALAMBOS, N., 2000, Coping with psychotic symptoms in the early phases of schizophrenia, *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 242-252
- BOWIE, C. R., REICHENBERG, A., PATTERSON, T. L., HEATON, R. K., HARVEY, P. D., 2006, Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects; correlation with cognition, functional capacity and symptoms, *American Journal of Psychiatry*, 163, 3, 418-425.
- BREIER, A., SCHREIBER, J. L., DYER, J., PICKAR, D., 1991, National Institute of Mental Health Longitudinal Study of Chronic Schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 48, 239-246.
- BREKKE, J. S., KOHRT, B., GREEN, F., 2001, Neuropsychological functioning as a moderator of the relationship between psychosocial functioning and the subjective Experience Of Self And Life In Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 27, 697-708
- BREKKE, J., KAY, D. D., LEE, K. S., GREEN, M. F., 2005, Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 80, n<sup>os</sup> 2-3, 213-225.
- BUCHANAN, R. W., HOLSTEIN, C., BREIER, A., 1994, The Comparative Efficacy and Long-Term Effect of Clozapine Treatment on Neuropsychological Test Performance, *Biological Psychiatry*, 36, 717-725.
- CARON, J., LATIMER, E., TOUSIGNANT, M., 2002, Predictors of Psychological distress and quality of life in disadvantaged socio-economic populations of Montreal, *Journal of Urban Health*, 79, S60-S61

- CARON, J., 1996, L'échelle de provision sociales : une validation québécoise, *Santé mentale au Québec*, XXI, n° 2, 158-180.
- COHEN, S., MERMELSTEIN, R., KARMACK, T., HOBERMAN, H. N., 1985, Measuring the functional components of social support, in Sarason, I. G., Sarason, B. R., Eds. *Social Support : Theory, Research and Applications*, Martinus Nijhoff, Dordrecht, p. 73-94.
- CORRIGAN, P. W., REINKE, R. R., LANDSBERGER, S. A., CHARATE, A., TOOMBS, G. A., 2003, The effects of a atypical antipsychotic medications on psychosocial outcomes, *Schizophrenia Research*, 63, 97-101.
- CUTRONA, C. E., RUSSELL, D. W., 1990, Type of social support and specific stress : Toward a theory of optimal matching, in Sarason, B. R., ed. *Social Support an Interactional View*, John Wiley and Sons, New York, p. 534-562.
- CYR, M., TOUPIN, J., LESAGE, A., 1995, *Traduction et adaptation de l'échelle des habiletés de vie autonome de Wallace, Kochanowicz et Wallace* (1985), Document publié au Centre de recherche Fernand Seguin..
- DANGELMAIER, R. E., DOCHERTY, N. M., AKAMATSU, T. J., 2006, Psychosis proneness, coping, and perceptions of social support, *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, n° 1, 13-17.
- DE MAN, A. F., BALKOU, S., IGLESIAS, R., 1987, Une version canadienne-française du sondage sur les expériences vécues, *Santé mentale au Québec*, XII, n° 2, 181-183.
- DICKERSON, F. B., RINGEL, N., PARENTE, F., 1999, Predictors of residential independence among outpatients with schizophrenia, *Psychiatric Services*, 50, 515-519.
- ENGEL, G. L. 1977, The need for a new medical model : a challenge for medicine, *Science*, 196, n° 4286, 129-136.
- GREEN, M. F., KERN, R. S., BRAFF, D. L., MINTZ, J., 2000, Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia : are we measuring the "right stuff" ?, *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-36.
- GREEN, M. F., 1996, What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-330.
- GREEN, S. B., 1991, How Many Subjects Does It Take To Do A Regression Analysis ? *Multivariate Behavior Research*, 26, 499-510
- HIRSCH, S., J. BOWEN, J. EMAMI, P. CRAMER, A. JOLLEY, C. HAW, DICKINSON, M., 1996, A One Year Prospective Study of the Effect of Life Events and Medication in the Aetiology of Schizophrenic Relapse, *British Journal of Psychiatry*, 168, 49-56.

- HO, B. C., P. NOPOULOS, M. FLAUM, S. ARNDT, A. ANDREASEN, N. C., 1998, Two-year outcome in first-episode schizophrenia: predictive value of symptoms for quality of life, *American Journal of Psychiatry*, 155, 9, 1196-1201.
- HOFFMAN, H., KUPPER, Z., KUNZ, B., 2000, Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia—an exploratory study, *Schizophrenia Research*, 16, 147-158.
- JOLIVET, B., 1995, *Parcours du sanitaire au social en psychiatrie*, Frison-Roche, Paris, p. 157.
- JONSSON, H., NYMAN, A. K., 1991, Predicting long-term outcome in schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 342-346.
- LANÇON, C., AUQUIER, P., LLORCA, P. M., MARTINEZ, J. L., BOUGEROL, T., SCOTTO, J. C., 1997, Étude des propriétés psychométriques de la PANNS dans sa version française dans une population de personnes schizophrènes, *L'Encéphale*, XXIII, 1-9.
- LAARUS, R. S., FOLKMAN, S., 1984, *Stress, Appraisal and Coping*, Springer Pu. Company, New York.
- LECLERC, C., LESAGE, A., RICARD, N., 1997, L'évolution du paradigme stress-coping et sa pertinence pour la réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie, *Santé mentale au Québec*, XXII, n° 2, 218-233.
- LECLERC, C., LECOMTE, T., 1994, *L'échelle de coping cybernétique*, Document non publié.
- LECOMTE, Y., 2000a, *Développement et validation d'un modèle psychosocial de l'adaptation chez les personnes diagnostiquées schizophrènes*, Thèse de doctorat non publiée.
- LECOMTE, Y., MERCIER, C., 2005, The stress process perspective and adaptation of people with schizophrenia, An exploratory study, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, n° 2, 139-148.
- LYSAKER, P. H., DAVIS, L. W., LIGHTFOOT, J., HUNTER, N., STASBURGER, A., 2006, Association of neurocognition, anxiety, positive and negative symptoms with coping preference in schizophrenia spectrum disorders, *Schizophrenia Research*, 80, n° 2, 163-171.
- MALLA, A. K., CORTESE, L., SHAW T.S., GINSBERG, B., 1990, Life events and relapse in schizophrenia: a one year prospective Study, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 221-4.
- MCGURK, S. R., MORIARTY, P. J., HARVEY, P. D., PARRELLA, M., WHITE, L., FRIEDMAN, J., DAVIS, K. L., 2000, Relationship of cognitive functioning,

adaptive life skills, and negative symptom severity in poor outcome geriatric schizophrenia patients, *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 12, 257-264.

- NUECHTERLEIN, K. H., DAWSON, M. E., VENTURA, J., GITLIN, M., SUBOTNIK, K. L., SNYDER, K. S., MINTZ, J., BARTOKIS, G., 1994, The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse : a longitudinal study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 58-64.
- PELCHAT, D., RICARD, N., LÉVESQUE, P. A., PERREAULT, M., POLOMENO, V., 1995, Validation française du Stress Appraisal Measure (SAM), *Mesure et évaluation en éducation*, 17, 95-117.
- PURDON, S. E., JONES, B. D., STIP, E., LABELLE, A., ADDINGTON, D., DAVID, S. R., BREIER, A., TOLLEFSON, G. D., 2000, Neuropsychological change in early phase schizophrenia during 12 months of treatment with olanzapine, risperidone, or haloperidol. The Canadian Collaborative Group for research in schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 57, 249-58.
- RAM, R., BROMET, E. J., EATON, W. W., PATO, C., SSWARTZ, J. E., 1992, The Natural Course of Schizophrenia. A Review of First-Admission Studies, *Schizophrenia Bulletin*, 18, 185-207.
- RANDOLPH, E. T., 1998, Social Networks and Schizophrenia, in Mueser K. T., Tarrier, N., eds, *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia*, Allyn and Bacon, Toronto, p. 238-246.
- REINE, G., LANÇON, C., BERNARD, D., LEFUR, B., AUQUIER, P., 2000, Propriétés psychométriques de la version française de l'échelle de dépression de Calgary pour les schizophrènes (CDSS), *L'Encéphale*, 26, 52-61.
- RITSNER, M., BEN-AVI, I., PNONIZOVSKY, A., TIMINSKY, I., BISTROV, E., MODAI, I., 2003, Quality of life and coping with schizophrenia symptoms, *Quality of Life Research*, 12, 1-9
- RITSNER, M. S., RATNER, Y., 2006, The long-term changes in coping strategies in schizophrenia : temporal coping styles, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, n° 4, 261-267.
- ROE, D., 2001, A prospective study on the relationship between self-esteem and functioning during the first year after being hospitalized for psychosis, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 19, 45-49
- RUDNICK, A., 2001, The impact of coping on the relation between symptoms and quality of life in schizophrenia, *Psychiatry*, 64, 304-308.
- SAWICKA, M., 2005, Comparison of the coping styles among schizophrenic patients, dependent patients and patients with a dual diagnosis, *Psychiatry in Poland*, 39, n° 6, 1199-210.

- SCHULDBERG, D., QUILAN, D.M., GLAZER, W., 1999, Positive and negative symptoms and an adjustment in severely mentally ill outpatients. *Psychiatry Research*, 22, 177-188
- SPAULDING, W. D., FLEMING, S. K., REED, D., SULLIVAN, M., STORZBACH, D., LAM, M., 1999, Cognitive functioning in schizophrenia : implications for psychiatric rehabilitation, *Schizophrenia Bulletin*, 25, 275-89.
- SPAULDING, W. D., REED, D., STORZBACH, D., SULLIVAN, M., WEILER, M., RICHARDSON, C., 1998, The effects of a remedial approach to cognitive therapy for schizophrenia, in Wykes T. ed. *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*, John Wiley, London, p. 145-160.
- SPAULDING, W. D., 1993, Spontaneous and induced changes in cognition during psychiatric rehabilitation, in Cromwell R.L., Snyder, C. R., eds, *Schizophrenia origin, processes, treatment and outcome*, Oxford Press, New York, p. 299-312.
- STEINMEYER, E. M., MARMEROS, A., DEISTER, A., ROHDE, A., JUNEMANN, H., 1989, Long-term outcome of schizoaffective and schizophrenic disorders : a comparative study. II : causal-analytical investigation, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 238, 126-134.
- STRAUSS, J. S., CARPENTER, W. T., 1977, Prediction of outcome in schizophrenia : III. Five-year outcome and its prediction, *Archives of General Psychiatry*, 34, 159-163.
- TABACHNICK B. G., FIDELL, L. S., 2001, *Using Multivariate Statistics*, McGraw Hil, New York, p. 965.
- Toupin, J., Cyr, M., Lesage, A., 1995, *Traduction et adaptation de l'Échelle d'adaptation sociale-II de Schooler, Hogarty et Weissman (1979)*, Published at Centre de recherche Fernand Seguin.
- ULLAH, P., BANKS, M., WARR, P., 1985, Social support, social pressures and psychological distress during unemployment, *Psychological Medicine*, 15, 283-295.
- VALLIÈRES, E. F., VALLERAND, J. R., 1990, Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg, *International Journal of Psychology*, 25, 305-316.
- WEINTRAUB, S., MESULAMA, M. M., 1988, Visual hemispatial inattention : stimulus parameters and exploratory strategies, *Journal of Neurological and Neurosurgery Psychiatry*, 51, 1481-8.
- WILDER-WILLIS, K. E., SHEAR, P. K., STEFFEN, J. J., BORKING, J., 2002, The relationship between cognitive dysfunction and coping abilities in schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 55, n° 3, 259-267.

- WILLS, T. A., SHINAR, O., 2000, Measuring perceived and received social support, in Cohen, S., Underwood, L. G., Gottlieb, B. H., Eds., *Social Support Measurement and Intervention*, Oxford, New York, p. 86-135.
- WYKES, T., REEDER, C., WILLIAMS, C., CORNER, J., RICE, C., EVERITT, B., 2003, Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 61, 163-174.
- YANOS, P. T., MOOS, R. H., 2007, Determinants of functioning and well-being among individuals with schizophrenia: an integrated model, *Clinical Psychological Review*, 27, n° 1, 58-77.

## ABSTRACT

### **An exploratory study of adaptation of people with schizophrenia**

This exploratory study examines relations between socio-demographic, social, psychological, cognitive, variables and stressors, coping strategies and adaptation of individuals with schizophrenia. The study's design is correlational with two repeated measures (cross-sectional) with 153 subjects at a six-month interval. The variables of the model explain 49,3 % of adaptation at time 1, and 54,6 % of adaptation at time 2. Data show that five predictors are simultaneously significant at both times: work, social integration, long term memory, positive and negative symptoms. At time 2, variables of self-esteem and «changing the situation» are also significant.

## RESUMEN

### **Un estudio exploratorio de la adaptación de personas que sufren de esquizofrenia**

Este estudio exploratorio examina las relaciones entre las variables sociodemográficas, sociales, psicológicas, cognitivas, los agentes de estrés, las estrategias de coping y la adaptación de las personas que sufren de esquizofrenia. El diseño de la investigación es correlativo con dos medidas (seccional cruzadas) repetidas en 153 individuos en un intervalo de seis meses. Las variables del modelo explican el 49.3% de la adaptación al primer tiempo, y el 54.6% de la adaptación al segundo tiempo. Los datos muestran que cinco variables son simultáneamente significativas en los dos tiempos: el trabajo, la integración social, la memoria a largo plazo, los síntomas positivos y negativos. En el segundo tiempo, las variables de la estima de sí mismo y “cambiar la situación” son igualmente significativas.

## **RESUMO**

### **Estudo exploratório da adaptação de pessoas que sofrem de esquizofrenia**

Este estudo exploratório examina as relações entre as variáveis sociodemográficas, sociais, psicológicas, cognitivas, os causadores de estresse, as estratégias de coping e a adaptação das pessoas que sofrem de esquizofrenia. O design da pesquisa é correlacional com duas medidas (corte transversal) realizadas com 153 pessoas em seis meses de intervalo. As variáveis do modelo explicam 49,3% da adaptação ao tempo 1, e 54,6% da adaptação ao tempo 2. Os dados mostram que cinco preditores são simultaneamente significativos nos dois tempos: o trabalho, a integração social, a memória a longo prazo, os sintomas positivos e negativos. No tempo 2, as variáveis de auto-estima e “mudar a situação” também são significativas.